Trois nouveaux cas de cancer du rein. 3 néphrectomies, 3 guérisons (Considérations sur la cancérose rénale),

PAR MM.

F. Cathelin et A Beauvy

Communication
faite à la *Société de Pathologie Comparée*
13 décembre 1910.

Trois nouveaux cas de cancer du rein

3 néphrectomies, 3 guérisons

(CONSIDÉRATIONS SUR LA CANCÉROSE RÉNALE),

par MM.

F. CATHELIN, et A. BEAUVY,

Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie, ancien chef de clinique de la Faculté.

ancien interne des Hôpitaux, chef du laboratoire d'histologie.

Les opérations pour cancer du rein sont encore assez rares. Il n'est pas extraordinaire, même dans un service actif de chirurgie urinaire, de rester plusieurs mois sans en rencontrer.

Or, j'ai eu la bonne fortune d'en opérer trois cas intéressants dans le seul mois d'octobre dernier, dont deux à une séance opératoire offerte aux membres du Congrès français de chirurgie, ce qui porte ma statistique actuelle de néphrectomies pour cancer du rein à 12 avec 11 guérisons, la mort s'étant produite chez un enfant de 5 ans atteint d'un énorme sarcome de 1 kil. 315 gr.

Il n'est donc pas inutile de détailler ici l'histoire de ces trois nouveaux cas, tous terminés par la guérison et d'insister plus particulièrement sur certains points de la cancérose rénale en général (1).

*
* *

OBSERVATION I

Ch... Marie, 28 ans, ménagère, habitant la province, vient consulter le 23 août 1910 dans mon service de l'hôpital d'Urologie pour des *hématuries*.

Aucune maladie de jeunesse et impossibilité depuis un an de se coucher du côté droit. Douleurs dans l'hypochondre gauche depuis février 1910, et date de l'apparition du saignement. Ces hématuries sont noires et surviennent le matin au réveil, accompagnées de crises, trois fois la semaine au début et sans grande fatigue.

Bonne capacité vésicale : 400 grammes.

Les reins ne sont pas sentis, sauf un peu le rein gauche.

24 *août* 1910, — *Cystoscopie*. On voit nettement un jet de sang sortir de l'uretère gauche.

(1) Lire F. Cathelin : *Réflexions cliniques et opératoires sur 73 cas de cancérose de l'appareil urinaire* in *Folia Urologica d'Israël* de décembre 1910.

Cathétérisme urétéral :	Rein droit Urines claire, jaune or	Rein gauche Urines sanglantes
Urée.	22 gr. 82 0/00	2 gr. 77 0/00
Chlorures . . .	8 » 20 0/00	2 » 10 0/00

L'examen des urines totales avait déjà donné :

Urée	23 gr. 45 0/00
Chlorures.	6 » 80 0/00

Examen histobactériologique des urines. — Globules rouges en grand nombre.

Cylindre hématique probable.

Cellules épithéliales à gros noyau, arrondies.

Cellules épithéliales plates.

Cette exploration venant confirmer le diagnostic d'altération grave du rein gauche au point de vue fonctionnel, nous décidons d'intervenir.

Opération (7 octobre 1910). — Néphrectomie lombaire gauche avec l'aide des Drs Boulanger et Grandjean, chloroformisateur.

Incision lombaire par ponction. Dénudation rapide du rein. Sortie en 3 minutes. Rein d'apparence sain.

Au moment de la subluxation de l'organe, on ramène un gros ganglion mou qui s'effrite.

Pédiculisation fragmentée des vaisseaux.

Aucune goutte de sang. — Deux drains.

Suites. — Elles furent extrêmement simples sans aucun incident, si petit soit-il. La malade se leva guérie vers le 16e jour et quitta l'hôpital avec une plaie entièrement fermée.

Pièce. — Poids : 165 grammes. Le rein a conservé toutes les apparences d'un rein normal mais à son centre, dans le bassinet, existe une grosse tumeur bourgeonnante ressemblant à une grenade, de la grosseur d'une petite mandarine et remplissant tout le bassinet.

Examen histologique. — La tumeur est de structure très homogène. Elle est formée de tubes bordés de cellules volumineuses, à protoplasme granuleux, tantôt uniforme, tantôt excavé de vacuoles vraisemblablement occupées par de la graisse ;

La lumière centrale de ces tubes est de dimensions variables suivant les régions, tantôt large, tantôt très réduite ou même absente.

Les tubes présentent en somme deux types : dans les premiers (tubes pleins), les cellules sont grosses, très vacuolaires, arrondies, à noyau circulaire. Dans les autres plus rares (régions papillaires), la lumière est large, les cellules allongées, moins vacuolaires ; les noyaux sont ovales ; dans ces tubes les parois se replient en papilles.

Les tubes sont séparés par des membranes conjonctivo-vasculaires minces ; quelques zones plus larges sont infiltrées de cellules inflammatoires.

Il s'agit en somme d'un épithélioma tubulé à points papillaires, d'origine probablement rénale.

Observation II.

Julienne L..., 35 ans, est envoyée le 30 juin 1910 par le Docteur Martin dans le service de l'Hôpital d'Urologie pour des hématuries.

Celles-ci surviennent en particulier très abondantes depuis 3 jours, avec symptômes de péritonisme.

De plus, on sent dans le flanc gauche une grosse tumeur ovoïde que nous pensons être le rein.

On sent en outre le pôle inférieur du rein droit.

Cystoscopie.— On distingue l'orifice urétéral gauche en fente allongée, dilaté et duquel s'échappe du sang pur.

L'orifice urétéral droit est normal.

Cathétérisme urétéral. — Facile, mais avec incident, la sonde s'étant bouchée à un moment et du sang rénal probable est venu alors troubler le liquide vésical jusque-là resté clair. En voici néanmoins les résultats :

	Rein droit	Rein gauche (cathétérisé)
Urée.	5 gr. 12 0/00	2 gr. 56 0/00
Chlorures . . .	2 » 34	» 3
Quantité . . .	5 cc. 3	14 cc.

Division endovésicale des urines avec l'appareil de Downes.

Devant ces résultats, nous pratiquons, le 5 juillet, la division endovésicale des urines qui nous fournit les résultats suivants :

	Rein droit	Rein gauche
Quantité. . . .	15 cc. 3	5 cc.
Urée	17 gr. 13 0/00	1 gr. 76 0/00
Chlorures . . .	2 » 05 0/00	1 » 90 0/00

Examen des urines totales.— Urée : 16 gr. 65 0/00. Chlorures : 1 gr. 45.

Devant ces résultats, l'opération s'impose.

Opération (7 octobre 1910). — Néphrectomie lombaire gauche avec l'aide des Drs Boulanger, aide et Grandjean, chloroformisateur (1).

Incision lombo-iliaque et ponction de triangle de Grynfelt. Rein très gros. Décortication facile et rapide. Subluxation difficile. Agrandissement de l'incision.

Pédicule gros avec veine rénale thrombosée. Clamp. Essais de pédiculisation avec catgut n° 4. Saignement secondaire.

On décide alors de mettre des pinces à demeure au nombre de 5.

Suites. — Malgré les pinces à demeure enlevées le 3e jour, les suites furent très simples, sans aucun incident et la malade quitta l'hôpital entièrement guérie le 22e jour.

Pièce. — Poids : 230 grammes. Il s'agit d'une énorme tumeur encapsulée de tout le pôle inférieur du rein. On ne voit plus de sain que la moitié supérieure de l'organe.

Examen histologique. — La tumeur est de structure semblable en des points différents. L'élément épithélial est composé de cellules très volumineuses, à contour arrondi ou épineux, ce dernier aspect causé sans doute par les réactifs ; le protoplasma est granuleux, sans vacuoles ; le noyau est de taille variable, parfois gigantesque, tenant la moitié de la surface.

(1) Ces deux opérations ont été faites pendant le Congrès de chirurgie au cours d'une séance de six interventions, devant une cinquantaine de membres du Congrès français de chirurgie.

Ces cellules sont pour le plupart isolées, rarement groupées par deux ou trois ; autour de chacune est un anneau conjonctivo-vasculaire adulte, riche en cellules fusiformes.

Par places, la tumeur dégénère ; dans ce cas, la nécrose porte d'abord sur les cellules épithéliales, et plus loin seulement sur le stroma.

En somme, il *s'agit d'un épithéliome infiltré, atypique* et à cause de ces caractères, l'origine ne peut pas en être déterminée.

OBSERVATION III.

Fernand M..., 45 ans, employé, nous est envoyé à l'Hôpital d'Urologie par les Drs Michel-Dansac et Monel pour des hématuries.

Comme antécédents, rougeole et fièvre scarlatine vers l'âge de 14 à 16 ans, puis maux de gorge sans gravité.

Dans les derniers jours de février 1910, première hématurie, accompagnée à deux reprises de vive douleur dans la région lombaire gauche, durant 5 jours environ.

Nombreux caillots et plusieurs fois, dans le vase, épais dépôt sanguin de couleur sirop de groseille.

Le malade prit alors des pilules d'ergotine, puis des capsules de térébenthine et de l'eau de Vittel.

Jusqu'au 20 avril, urine normale mais gène dans le côté malade.

Du 10 avril au 10 mai, réapparition de l'hématurie presque continuelle, mais sans douleur et toujours de même couleur, le mélange tirant souvent sur le brun avec poudre noire, bien séparée de l'urine.

Expulsion de nombreux caillots, les uns gros et courts, rouge ou brun, les autres vermiformes, gris, rosés.

Accalmie de quelques jours, puis le 15 mai, après promenade à pied, nouvelle et forte hématurie, se reproduisant les deux jours suivants.

Le sang a ensuite reparu une fois par mois, chaque fois dans une seule miction, le matin ou le soir. Ni douleur, ni gêne dans le flanc gauche, sauf l'avant-veille de l'opération, probablement à la suite des tentatives de cathétérisme.

Examen local. — Enorme tumeur rénale sentie dans le flanc gauche.

Examen des urines, claires.

	1re fois	2e fois
Urée.	23 gr. 05 0/00	21 gr. 77 0/00
Chlorures. . . .	8 » 50 0/00	8 » 40 0/00

Division des urines. — Malgré la bonne capacité, il est impossible de tenter le cathétérisme urétéral, car on ne peut, à cause d'un mamelon pré-méatique, donner à la sonde une obliquité nécessaire. Néanmoins, étant donné les bons taux fournis par les urines totales (1) ce qui indique un bon rein adelphe, nous intervenons.

Opération (28 oct. 1910). — Néphrectomie lombaire gauche avec l'aide des Drs Boulanger et Grandjean, chloroformisateur.

Incision lombo-iliaque. Ponction du quadrilatère de Grynfelt. On tombe sur des veines périrénales énormes. Rein complètement thoracique qu'on décortique à la main.

(1) Ce cas où l'urgence oblige à intervenir sans exploration est extrêmement rare.

On tombe alors dans une masse encéphaloïde qui s'effrite. Enfin on amène le rein tout entier jusqu'au hile sans grand saignement, Pédiculisation fragmentée, 2 drains.

Suites. — Extrêmement simples, sans incident. Guérison en 15 jours.

Pièce. — Poids : 310 grammes. La tumeur,très curieuse,est,en quelque sorte, extra-rénale interne, attenant au rein et comme appendue à lui par son pôle supérieur.

Examen histologique. — La partie de la tumeur qui a été examinée est formée d'une masse de cellules finement fragmentée par du tissu conjonctif. Les cellules sont de taille très inégale : les unes petites et arrondies, d'autres gigantesques, polyédriques ou globuleuses. Le protoplasme est tantôt vacuolaire,et il en est ainsi pour le plus grand nombre, tantôt granuleux ; quelquefois le protoplasme détaché des bords et rétracté simule une sécrétion cellulaire, dont le distingue facilement la présence du noyau.

La masse est subdivisée sans aucune régularité par des travées conjonctives, qui partent en étoiles de certains centres richement vascularisés. Les mailles de ce réseau sont irrégulières, mais en général très pénétrantes : en certains points les cellules sont toutes isolées.

L'aspect clair du protoplasme, l'absence de lumière canaliculaire doit faire ranger cette tumeur parmi les épi-néphromes.

*
* *

Comme nous le disions au début, la cancérose rénale n'est pas extrêmement fréquente.

Je n'en ai vu pour ma part, sur un nombre considérable de malades, que 15 cas dont 12 opérés (11 adultes).

Les 11 opérations faites chez les adultes m'ont donné d'ailleurs 11 guérisons.

I

Le *diagnostic* du cancer du rein est assez facile, surtout s'il y a association des 2 symptômes : tumeur rénale et hématuries.

Dans le cas où l'hématurie seule existe sans tumeur cliniquement perceptible, la cystoscopie en venant innocenter la vessie lève en même temps tous les doutes.

La tumeur, quand elle est sentie,l'est rarement en totalité,à moins que le rein ne soit dans la fosse iliaque, ce que j'ai vu dans 2 cas.

D'autres fois, on ne sent que le pôle inférieur du rein refoulé et débordant les fausses côtes.

D'autres fois enfin, la tumeur est à évolution thoracique et on ne sent rien.

Par contre le symptôme hématurie trompe rarement :

Les caractères saillants sont :

a) Hématurie noire ;

b) Hématurie du matin plus que du soir ;

c) Hématurie silencieuse, sans douleur ;

d) Hématurie spontanée, sans cause ;

e) Hématurie sans caillots le plus souvent (on retrouve rarement les caillots vermiformes).

En réalité, toute la symptomatologie se réduit à peu près à ces seuls caractères.

Le varicocèle n'a de valeur que s'il survient à droite pour un cancer du rein droit ou à gauche *tardivement* vers l'âge de 40 ans comme dans un de nos cas.

II

Au point de vue de l'exploration, la clinique reste là encore insuffisante. Les points douloureux urétéraux dont on a tant parlé n'existent pas puisqu'on ne les trouve que dans les inflammations *suppuratives* du rein.

La division endo-vésicale des urines peut même ici céder le pas au cathétérisme urétéral puisqu'il y a toujours *une bonne vessie* ce qui permet de faire cette exploration.

Dans notre dernier cas, il a été complètement impossible des 2 côtés.

Il reste entendu d'ailleurs que je ne conseille cette exploration (1) que du côté malade.

Taux d'urée. — Quelquefois, ce qui s'explique, quand on examine les pièces, ils peuvent souvent rester bons, ce qui se comprend car il n'y a souvent que refoulement et non destruction (comme dans la tuberculose de l'appareil noble glomérulo-canaliculaire.

D'autres fois les portions de parenchyme restant semblent indiquer un bon fonctionnement et l'on s'étonne des faibles taux d'urée obtenus. Cela tient à un phénomème secondaire d'*inhibition*, résultant de l'*action empêchante* d'une tumeur petite ou grosse du bassinet ou d'un pôle sur la sécrétion rénale voisine. On conçoit bien en effet qu'au point de vue physiologique, cette action soit troublée.

III

J'insisterai beaucoup sur la manière rapide dont j'exécute la néphrectomie dans ces cas. Presque toujours,on tombe sur le rein en une seconde et cet organe, libéré de ses attaches est sorti, énucléé, en 3 secondes ce qui a une importante considérable sur les résultats ultérieurs puisque la quantité de chloroforme donné avec l'appareil est insignifiante et varie de 6 à 10 grammes.

Je pratique ce que j'appelle l'ouverture par ponction.

Une fois l'incision *courte* (6 à 8 centimètres) recto-curviligne lombo-iliaque effectuée, je sens au doigt la dépression caractéristique déterminée par le quadrilatère de Grynfelt où je donne quelques coups légers de bistouri et que je perfore au doigt en décollant le péritoine de la paroi abdominale postérieure.

A ce moment seulement je coupe la paroi en haut et en bas sur mon doigt et aux ciseaux. Il n'est besoin le plus souvent de mettre aucune pince.

Les fascias postérieurs rétro-rénaux sont saisis, on y détermine aux

(1) Lire à ce sujet F. Cathelin : *Méthodes modernes d'exploration chirurgicale de l'appareil urinaire,* 1 gros vol. de XII-400 pages avec 180 figures, Paulin, 21, rue Hautefeuille, Paris.

ciseaux une petite brèche par laquelle on passe deux doigts puis la main tout entière pour faire rapidement une décortication totale. J'attribue à cette méthode une part des succès constants que j'obtiens dans la chirurgie du rein.

IV

D'après l'examen de mes pièces personnelles, il est facile de donner des tumeurs du rein — comme M. Guyon, mon maître, l'a fait pour les tumeurs vésicales, — la classification *morphologique* suivante :

1° Tumeur centrale, intra-pyélique, avec rein d'apparence sain à l'extérieur.

2° Tumeur intra-rénale, totale ou polaire (supérieure ou inférieure).

3° Tumeur extra-rénale, tantôt sous forme de bourgeon saillant, adhérent ou non, tantôt sous forme d'une tumeur appendue à un des pôles.

V

En résumé, ce que nous avons vu des tumeurs du rein nous permet de donner la formule suivante :

Quand, chez un malade de 40 à 60 ans et qui a maigri, on trouve des hématuries survenant par intermittences, sans douleur, le matin de préférence et noires, sans cystite et avec ou sans tumeur rénale, mais après cystoscopie négative et avec urine claire, il faut penser à un cancer du rein.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).